



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Podiatras

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Solicitud Certificación Horas de Servicio Comunitario – sin remuneración Instrucciones Generales

1. Esta solicitud deberá ser cumplimentada en su totalidad.
2. Esta solicitud deberá ser acompañada a la Tabla de desglose de Servicio Comunitario que se aneja a este formulario.
3. La Tabla de desglose de Servicio Comunitario deberá ser juramentada ante notario.
4. Las Cartas Circulares 2022-06 y 2022-07 detallan el proceso de cumplimiento con las Horas de Servicio Comunitario. En resumen, el Médico Cualificado deberá realizar las horas de servicio comunitario en una entidad sin fines de lucro debidamente registrada en el Departamento de Estado y cuyo estatus esté vigente.
5. La entidad sin fines de lucro emitirá una certificación en la que se detalle las fechas, lugares, cantidad de horas y tipo de servicios que el médico cualificado realizó. Además, dicha certificación deberá incluir la fecha de emisión, la firma del representante de la entidad y el sello oficial.
6. Se tendrán que adjuntar todas las certificaciones de las entidades en las que el médico cualificado brindó servicio comunitario.
7. Esta Certificación tiene un costo de trescientos dólares (\$300).

V. DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, mayor de edad, casado (a) _____, soltero (a) _____ y vecino (a) de _____, Puerto Rico, bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y demás circunstancias personales son las antes descritas.
2. Que la Tabla de Desglose de Servicio Comunitario es un desglose fiel y exacto de las horas de servicio comunitario que brindé en el año _____.
3. Que la Tabla de Desglose de Servicio Comunitario consta de _____ páginas.
4. Que brindé la cantidad de _____ horas de servicios comunitarios en las entidades desglosadas en la Tabla de Desglose de Horas de Servicio Comunitario.
5. Que previo a ofrecer el servicio de horas comunitarias me cercioré de que las entidades estuvieran debidamente inscritas en el Departamento de Estado y además, estén vigentes (Good Standing) al momento de ofrecer el servicio.
6. Hago la presente declaración jurada para que el Departamento de Salud tome conocimiento de lo anteriormente declarado y para cualquier otro propósito legal pertinente.
7. Que lo anteriormente declarado es la verdad y nada más que la verdad y me consta de propio personal conocimiento.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de 20_____.

Firma del Médico Cualificado

Afidávit Número _____
Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifico mediante _____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día ___ de _____ de 20_____.

NOTARIO PÚBLICO